

診察申込書

ふりがな

お名前 _____ 男・女 来院時体温 (_____ °C)

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才

住所 〒 _____

電話番号 携帯: _____ 自宅 _____

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供につとめております。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力をお願いいたします。

☆マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？ (はい いいえ)

☆本日受診された症状について教えてください。

【 _____ 】

☆その症状はいつ頃から出て、どのように経過しましたか？

【 _____ 】

☆現在、他の医療機関に通院されていますか？ (はい いいえ)

内容 【 _____ 】

☆現在、他の医療機関から処方されている薬はありますか？ (はい いいえ)

薬の名前は 【 _____ 】

☆今までに大きな病気にかかれた事がありますか？ (はい いいえ)

病名 【 _____ 】

☆薬に対するアレルギーはありますか？

【 _____ 】

☆その他の物質に対するアレルギーはありますか？

【 _____ 】

☆女性の方にお尋ねします。妊娠の可能性はありますか？ 【 ある ない】

★ご協力有り難うございました★